T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

……………………………………… Dekanlığına/Müdürlüğüne

Ortak Yabancı Dil Muafiyet Başvuru Dilekçesi

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |
| Fakültesi/Yüksekokulu/  Meslek Yüksekokulu |  |
| Programı |  |
| E-postası |  |
| Telefonu |  |

Üniversiteniz tarafından yapılacak olan Ortak Zorunlu Yabancı Dil Dersi muafiyet sınavına katılmak istiyorum

Gereğini saygılarımla arz ederim. ….…/09/2019

İmza